

2. Жалобы на рвоту предъявляют около 39% обследованных детей с ДКА, на боли в животе указывают 16% пациентов, чувство тошноты отмечают 45% детей.
3. Одышка при ДКА более выражена у детей школьного возраста и определяется у них достоверно чаще, чем у пациентов младших возрастных групп ($p=0,041$).
4. Практически в 1/3 случаев родители обращают внимание на учащенное дыхание у детей, но не обращаются вовремя за медицинской помощью.
5. Дыхание типа Куссмауля регистрируется у 32% пациентов, а запах ацетона изо рта имеет место в 45% случаев.
6. Пациентам с ДКА, имевшим ранее выставленный диагноз СД 1 типа (48% детей), необходимо обратить внимание на необходимость контроля уровня глюкозы в крови, важность непрерывности лечения, соблюдения диеты и режима физических нагрузок, а также своевременного обращения за медицинской помощью.

Литература:

1. Тишковский, С.В. Диабетического кетоацидоз: этиопатогенез, анализ заболеваемости и поиск путей профилактики детей / С.В. Тишковский [и др.] // Журн. ГрГМУ. – 2011. – № 1. – С. 82-84.
2. Комплексный подход в оценке тяжести диабетического кетоацидоза у детей / И.В. Бондаренко [и др.] // Бюл. СО РАМН. – 2011. – Т. 3. – С. 51-54.
3. Resent trends in hospitalization for diabetic ketoacidosis in Ontario children / J.R. Curis [et al.] // Diabetes. Res. Clin. Pract. – 2007. – Vol. 78 (2). – P. 259-262.
4. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009. Compendium Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes / J. Wolfsdorf [et al.] // Pediatr. Diabetes. – 2009. – Vol. 10 (12). – P. 118-133.
5. Миронов, Л.Л. Интенсивная терапия диабетического кетоацидоза у детей : пособие для врачей / Л.Л. Миронов, А.В. Солнцева, И.М. Крастелёва. – Минск : БелМАПО. – 2014. – 27 с.

КРУПНЫЙ И ГИГАНТСКИЙ ПЛОД: ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Мацуганова Т.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. О крупном плоде или макросомии говорят, когда его фетометрические показатели значительно превышают установленную норму для конкретного срока беременности, или масса новорожденного составляет 4000 г. и более. Если масса при рождении равна 5000 г и более, говорят о гигантском плоде. Рождение крупного плода отмечается в 8 -12% случаев, гигантского – 1/3000 родов. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемости, материнского травматизма[1, 2].

Цель. Анализ факторов риска развития крупного плода, особенностей течения беременности, родов и раннего неонатального периода при крупном плоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 112 историй родов женщин, беременность у которых закончилась рождением крупного (108) и гигантского (4) плода. Родоразрешение проводилось в роддоме БСМП г. Витебска.

Результаты исследования. Возраст женщин колебался от 19 до 41 лет ($Me=28,0$). Первородящих было 43 (38,4%), повторнородящих - 69(61,6%). Индекс массы тела был нормальным у 65(58,1%), избыточная масса тела– у 29(25,9%), ожирение– у 18(16%) женщин. Прибавка массы тела за беременность колебалась в пределах от 2 до 27 кг ($Me=14,6$ к г).

Крупный плод диагностировался, по данным УЗИ, у всех женщин, однако гигантский плод не был диагностирован ни в одном случае: ошибка в определении предполагаемой массы колебалась от 540 г до 1100 г и составила в среднем 797,5 г (15,5 %).

Факторы риска развития крупного плода [2] были выявлены у 108(96,4%) женщин: возраст старше 30 лет был у 47(41,9%), повторные роды – у 69(61,6%), избыточная масса тела и ожирение – у 47(41,9%), крупный плод при предыдущей беременности – у 24(21,4%), прибавка массы тела 16 кг и более наблюдалась у 49(43,8%), аборт в анамнезе – у 42(37,5%). Один фактор риска был у 21(18,7%) женщины, 2 – у 12(10,7%), 3 – у 21(18,7%), 4 – у 29(25,9%), 5 – у 20(17,9%) и 6 – у 5(4,5%).

Среди осложнений беременности наиболее часто встречались анемия – у 69(61,6%), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – у 49(43,8%), угроза прерывания беременности – у 43(38,4%), поздний гестоз – у 37(33,1%), многоводие – у 35(31,3%).

Все женщины были родоразрешены при доношенной беременности в сроке 38 - 42 недели. Плановая операция кесарева сечения была выполнена у 10(8,9%) женщин. Показаниями к ней были крупный плод в сочетании с рубцом на матке - у 6(5,4%) женщин, с поперечным положением плода – у 2(1,8%), с тазовым предлежанием и рубцом на матке – у 1(0,9%), гигантский плод в сочетании с тазовым предлежанием – у 1(0,9%), Экстренная операция кесарева сечения у 6(5,4%) беременных была выполнена в связи с отсутствием готовности шейки матки к родам при ПРПО, у 2(1,8%) – в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения. Родовая деятельность развилась у 94(83,9%) женщин, в том числе у 87(92,6%) – спонтанно, у 7(7,4%) – после родовозбуждения простином. У 80(85,1%) из них роды закончились через естественные родовые пути, в том числе у 3 рожениц с гигантским плодом.

У 14(14,9%) женщин роды закончились экстренной операцией кесарева сечения в связи с клинически узким тазом, при этом у всех рожениц размеры таза были нормальными, а головка вставлялась в переднем виде затылочного предлежания – у 9(9,6%), в заднем виде затылочного предлежания – у 3(3,2%), в лобном предлежании – у 2(2,1%).

Общая продолжительность родов, проведенных через естественные родовые пути у первородящих была от 6ч 40 мин до 8ч 40 мин (Me=6ч), у повторнородящих - от 3ч 20 мин до 7ч 40 мин (Me=5ч 30 мин). Продолжительность периода раскрытия у первородящих составила от 6ч до 7ч 30 мин (Me=6ч 10 мин), у повторнородящих - от 2ч 45 мин до 7ч (Me=4ч 50 мин). Продолжительность периода изгнания у первородящих составила от 20 мин до 1ч 05 мин (Me=40 мин), у повторнородящих от 15 мин до 50 мин (Me=35 мин). Невысокую продолжительность родов можно объяснить использованием простина или окситоцина с целью родовозбуждения и профилактики гипотонического кровотечения. У 32(28,6%) женщин в связи с угрозой развития промежности выполнялась перинеотомия. В одном случае был диагностирован разрыв шейки матки 1 степени. Общая кровопотеря в родах колебалась от 100 до 700 мл (Me=200 мл). Патологическая кровопотеря, обусловленная гипотонией матки, имела место в 2(2,5%) случаях. При операции кесарева сечения общая кровопотеря составила от 500 до 800 мл (Me=600 мл).

Все дети родились доношенными. Масса крупных новорожденных колебалась от 4000 г до 4780 г (Me=4155 г), гигантских – от 5110 до 5180 г (Me=5140 г). Осложненное течение раннего неонатального периода имело место у 22(19,6%) новорожденных. Перелом ключицы был диагностирован в 4(3,6%) случаях, кефалогематома - в 3(2,7%), асфиксия – в 1 (0,9%), судорожный синдром – в 2 (1,8%), нарушение адаптации по церебральному типу - в 1 (0,9%). Остальные осложнения не были связаны с массой плода.

Выводы.

1. Диагностика крупного плода при беременности не представляет затруднений, благодаря УЗИ диагностике, тогда как в диагностике гигантского плода погрешность в оценке предполагаемой массы составляет 15,5%.

2. Факторы риска развития крупного плода выявляются у 96,4% беременных, причем 3 и более факторов – у 66,9%. Наиболее значимыми из них являются повторные роды, ожирение, возраст старше 30 лет, прибавка массы 16 кг и более во время беременности

3. У каждой второй женщины с крупным плодом беременность осложняется анемией, преждевременным разрывом плодных оболочек, у каждой третьей - поздним гестозом, невынашиванием, многоводием.

4. При крупном плоде отмечается высокая частота операции кесарева сечения (28,6%), наиболее частым показанием для которой в родах является клинически узкий таз.

5. Осложнения в неонатальном периоде, связанные с крупным плодом, имели место в 10(8,9%) случаях: родовая травма плода – в 7(6,3%), нарушения со стороны ЦНС – в 3(2,6%).

Литература:

1. Крупный плод – акушерские и перинатальные проблемы (обзор литературы) / С.Ш. Исенова [и др.] // *Medicine. Акушерство и гинекология.* – 2014. – № 10. – С.63–67.
2. Акушерские и перинатальные исходы при крупном плоде / О.В. Гульченко [и др.] // *Рос. вестн. акушера гинеколога.* – 2010. – Т. 10, №1. – С. 55–58.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мацуганова Т.Н., Радецкая Л.Е., Бресский А.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Роль гормонов щитовидной железы во время беременности чрезвычайно важна, так как они обеспечивают рост и дифференцировку тканей плода, влияют на все виды обмена веществ. Нарушение функции щитовидной железы приводит к серьезным осложнениям беременности [1,2].

Цель работы - изучить структуру и особенности течения и ведения беременности у женщин с патологией щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 73 историй родов женщин с патологией щитовидной железы, родоразрешенных в роддоме БСМП г. Витебска. При обработке результатов была использована программа Excel.

Результаты и обсуждение. Возраст беременных колебался от 18 до 42 лет (Me=28,0). Первородящих было 35(48%) женщин, повторнородящих – 38(52%). В анамнезе у всех женщин имели место простудные заболевания, у 60(82,2%) - инфекционные заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 9(12,3%) беременных, мочевыделительной - у 3(10,9%), дыхательной - у 6(8,2%), костно-суставной - у 9(4,1%), желудочно-кишечного тракта - у 9(12,3%). Нарушения жирового обмена (НЖО) имели место у 28 (38,4%) женщин, сахарный диабет 2 типа - у 1 (1,4%), гестационный сахарный диабет – у 1(1,4%) Гинекологические заболевания в анамнезе имелись у 68(93,2%) женщин: из них воспалительной этиологии различной локализации - у 31(50,7%) женщин.

Анализ структуры заболеваний щитовидной железы у беременных показал, что различные формы узлового нетоксического зоба встречались у 45(61,6%) женщин, гипотиреоз у 16(21,9%), хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 10(13,7%), эндемический зоб – у 1(1,4%), аплазия левой доли щитовидной железы у 1(1,4%). Среди узловых форм зоба узловой нетоксический зоб 1-2 ст. наблюдался у 20(27,4%), диффузно-узловой зоб 1 ст. - у 16(21,9%), микроузловой зоб 1ст. - у 9(12,3%). Первичный субклинический гипотиреоз был у 7(43,75%) женщин, первичный манифестный гипотиреоз - у 8(50%), послеоперационный гипотиреоз - у 1(6,25%) женщины.

Нарушения функции щитовидной железы, требующие проведения заместительной гормональной терапии (ЗГТ), имели место у 18(24,7%) женщин, в том числе у всех женщин с гипотиреозом (21,9%) и у 2 (2,8%) беременных с АИТ.

Патология щитовидной железы была диагностирована до беременности – у 52(71,2%) женщин, во время беременности – у 21(28,8%). Проведенная ЗГТ до беременности и продолженная во время беременности позволила добиться состояния эутиреоза у всех женщин с гипотиреозом.

Для контроля функции щитовидной железы и состояния компенсации на фоне ЗГТ все беременные консультировались эндокринологом, им проводилось УЗИ, определение уровня гормонов (ТТГ, Т3, свободный Т4), антител к тиреоидной пероксидазе. Из препаратов для ЗГТ во время беременности применялся эутирокс. Пациентка с эндемическим зобом принимала йодомарин.